



Здоровый Образ Жизни

и долголетие

ЛЕЧЕНИЕ **бронхиальной** **астмы**

новейшие
медицинские
методики



рипол классик



Здоровый Образ Жизни

и долголетие

ЛЕЧЕНИЕ бронхиальной астмы

**новейшие
медицинские
методики**



**РИПОЛ
КЛАССИК
Москва, 2008**

УДК 616.2
ББК 54.12
Г56

Гитун, Т. В.

Г56

Лечение бронхиальной астмы. Новейшие медицинские методики / Т. В. Гитун. — М. : РИПОЛ классик, 2008. — 64 с. — (Здоровый образ жизни и долголетие).

ISBN 978-5-386-00308-1

Бронхиальная астма — тяжелое хроническое заболевание, которым страдают как взрослые, так и дети. Несмотря на то, что современная медицина в своем развитии шагнула далеко вперед, заболевших астмой не становится меньше, растет и число летальных исходов данного заболевания. На какие симптомы следует обратить внимание, какое обследование необходимо пройти и к каким методам лечения нужно прибегнуть, расскажет данная книга.

УДК 616.2
ББК 54.12

ISBN 978-5-386-00308-1

© ООО Группа Компаний
«РИПОЛ классик», 2007

Бронх
ского про
являются п
ем проход
отека слизи
слизи. Все
повышенная
раздражите
проходимос
мо зависят о
воспаления

При бр
ная перестр
вением край
активности
парасимпати
хиального де

Бронхиал
Греции более
признаки это
«странной» б
явиться прист
мя ничем себя
сведений о пр
учились доби

Бронхиал
всем мире и ч
возрастает. За
ление новых ис
изменение хара
шее примени
нии различных
роста заболевае

Введение

Бронхиальная астма — заболевание аллергического происхождения, основным признаком которого являются приступы удушья, обусловленные нарушением проходимости бронхов вследствие бронхоспазма, отека слизистой оболочки бронхов и гиперсекреции слизи. Все другие проявления болезни (в том числе и повышенная чувствительность бронхов к различным раздражителям, приводящая к спазму и нарушению проходимости воздуха) являются вторичными и прямо зависят от степени выраженности аллергического воспаления бронхов.

При бронхиальной астме развивается выраженная перестройка бронхиальной стенки с возникновением крайне высокой пароксизмальной гиперреактивности (повышение возбудимости рецепторов парасимпатических отделов нервной системы бронхиального дерева).

Бронхиальная астма известна давно. В Древней Греции более двух тысяч лет назад были описаны признаки этого заболевания. Постоянное изучение «странной» болезни, которая может внезапно проявиться приступами удушья, а потом какое-то время ничем себя не обнаруживать, дало много новых сведений о природе этого заболевания. Врачи научились добиваться более длительных ремиссий.

Бронхиальная астма широко распространена во всем мире и частота ее возникновения постоянно возрастает. Загрязнение окружающей среды, появление новых искусственно синтезированных веществ, изменение характера и качества питания, все большее применение фармацевтических средств в лечении различных болезней — вот основные причины роста заболеваемости бронхиальной астмой.

Число случаев бронхиальной астмы зачастую оказывается заниженным из-за трудностей в дифференциальной диагностике с целым рядом заболеваний, вызывающих приступы удушья (хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, сердечная астма, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь и др.).

Бронхиальная астма может развиваться в любом возрасте, но обычно она возникает у детей и у людей молодого возраста до 40 лет. Чаще болеют лица женского пола, хотя среди малышей до 5 лет она поражает больше мальчиков, чем девочек. Статистические данные говорят о том, что эта болезнь чаще встречается у жителей городов, чем сел, что объясняется большей загрязненностью окружающей среды.

К

I. I
Алл
Алл
Ато
Экзо
Сен

II. Н
Идио
Энд

III. С

IV. Не
Астм
Поздн

V. Астм
Острая

Некотор
фикации не
никновение
связанных с
гают следую
I. Атопич
аллергенами у
— неин

Классификация бронхиальной астмы (МКБ-10)

I. Преимущественно аллергическая астма.

Аллергический бронхит.

Аллергический ринит с астмой.

Атопическая астма.

Экзогенная аллергическая астма.

Сенная лихорадка с астмой.

II. Неаллергическая астма.

Идиосинкратическая астма.

Эндогенная неаллергическая астма.

III. Смешанная астма.

IV. Неуточненная астма.

Астматический бронхит.

Поздно возникшая астма.

V. Астматический статус.

Острая тяжелая астма.

Некоторые специалисты считают, что в классификации необходимо подчеркнуть влияние на возникновение заболевания воспалительных реакций, связанных с инфекционными факторами, и предлагают следующие формы бронхиальной астмы:

I. Атопическая бронхиальная астма, вызываемая аллергенами у лиц с атопической конституцией:

- неинфекционно-атопический вариант;
- инфекционно-атопический вариант;
- смешанный вариант.

II. Псевдоатопические формы бронхиальной астмы у неатопиков, имеющих дефекты в регуляции бронхиального тонуса (псевдоатопическая конституция).

Формы астмы, вызываемые неинфекционными агентами:

- «аспириновая астма»;
- астма физического усилия.

Формы астмы, вызываемые возбудителями инфекционных процессов, имеют общее название — «инфекционная астма».

Международная классификация МКБ-10 позволяет правильнее сформулировать диагноз бронхиальной астмы в современных условиях, хотя вышеизложенная классификация дает представление о патогенетической сущности заболевания.

Каждая из форм бронхиальной астмы, представленная в МКБ-10, по течению заболевания подразделяется на легкую, средней степени тяжести и тяжелую в зависимости от частоты приступов удушья — редких (эпизодических) или персистирующих, отражающих хронизацию процесса с развитием клеточных деструктивных изменений в отделах бронхиального дерева.

ра

Фа

ется в
ность б
тели, п
названи
ся в са
удушья,

Экзо

ся на не

I. Ин

Эти

дыхания.

Быто

частицы о
ги, книг, с
комых и р
это грибы
но рода De
душках, ма
споры бакт

Развити

ное время
Dermatoph
в длину, он
зом. кажды
тиц фекалий
мер

Причины и механизмы развития бронхиальной астмы

Фактором развития бронхиальной астмы является врожденная или приобретенная чувствительность бронхов к различным аллергенам. Раздражители, поступающие из окружающей среды, носят название экзоаллергенов, а вещества, образующиеся в самом организме и вызывающие приступы удушья, называются эндоаллергенами.

Экзоаллергены при бронхиальной астме делятся на несколько видов.

I. Ингаляционные (воздушные) аллергены.

Эти аллергены попадают в бронхи в процессе дыхания.

Бытовые аллергены — домашняя пыль, пылевые частицы одежды, постельного белья, мебели, бумаги, книг, строительных материалов, домашних насекомых и различных бактерий. В сырых помещениях это грибы плесени, различного рода клещи, особенно рода *Dermatophagoides*, живущие в перьевых подушках, матрацах, коврах, мягкой мебели, а также споры бактерий, грибов и дрожжей.

Развитие приступов бронхиальной астмы в ночное время часто происходит из-за клещей рода *Dermatophagoides*. Их размер составляет около 0,3 мм в длину, они почти не видны невооруженным глазом. Каждый клещ оставляет в сутки около 20 частиц фекалий — активных аллергенов, имеющих размеры порядка 5 мкм.

Такие частицы легко попадают в дыхательные пути человека, особенно при перетряхивании постели. Аллергия на клещей характеризуется ночными

приступами бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом, круглогодичным течением процесса и улучшением состояния при смене места жительства.

К бытовым аллергенам относится и корм аквариумных рыбок, в состав которого входит порошок из дафний и гамаруса.

Пыльцевые аллергены — цветочная пыльца, пыльца злаковых растений (ржи, овсяницы, тимopheвки, мятлика и др.) и некоторых деревьев.

Для склонного к аллергии человека раздражителем может стать пыльца любого растения. Реакция на различные растительные аллергены нередко сочетается с непереносимостью ряда продуктов растительного происхождения. Так, например, аллергия на пыльцу полыни сочетается с непереносимостью цитрусовых, меда, подсолнечника. Аллергия на березовую пыльцу часто сопровождается непереносимостью яблок, груш, слив, абрикосов, картофеля, перца, баклажанов, моркови.

Эпидермальные аллергены — это перхоть и шерсть животных, перья птиц, чешуя рыб и др. Аллергены также могут находиться в слюне, фекалиях, моче животных.

II. Инсектные аллергены.

К ним относятся аллергены, входящие в состав слюны кусающих и жалящих насекомых, а также различные частички их покровов, тканей и выделений. У людей, чувствительных к одному насекомому, часто развиваются аллергические реакции на других, хотя бы в пределах одного классификационного семейства. Это связано с наличием у них общих аллергенов. Чаще всего аллергия, а с нею и приступ бронхиальной астмы развиваются после укусов пчелы, шмеля,

осы, шершня
ность развит
содержатся
когого.

III. Пищевые

Аллергия

бронхиальной
особенно в д
быть различн
активны коро
ных рыб, тре
изделия из не
кофе и т. д.

Различные

матизаторы —
вызывающими

Некоторые

гут быть чувств
фитам, примен
ния пищевых пр
и антигрибковы
фруктах и сока
локах, грибах, с

Целый ряд

обострение брон
содержат аллерги
которых химиче
которые сами п
бронхиальной пр
ствуют выделени
активных веществ
называемые либе
ся в цитрусовых,
насах, колбасе, с

осы, шершня. В последние годы доказана возможность развития аллергии на тараканов. Аллергены содержатся в слюне, фекалиях и тканях этого насекомого.

III. Пищевые аллергены.

Аллергия на пищевые продукты как причина бронхиальной астмы встречается в 2–6% случаев, особенно в детском возрасте. Аллергенами могут быть различные продукты, но среди них наиболее активны коровье молоко, рыба (особенно мясо красных рыб, трески), мед, яичный белок, пшеница и изделия из нее, бобы, томаты, клубника, шоколад, кофе и т. д.

Различные пищевые добавки — красители, ароматизаторы — также могут быть аллергенами, вызывающими приступы удушья.

Некоторые больные бронхиальной астмой могут быть чувствительны к сульфитам и метабисульфитам, применяемым для предупреждения брожения пищевых продуктов и в качестве антимикробных и антигрибковых добавок. Они содержатся в сухих фруктах и соках, рассолах, консервированных яблоках, грибах, сосисках.

Целый ряд продуктов способен спровоцировать обострение бронхиальной астмы не потому, что они содержат аллергены, а из-за присутствия в них некоторых химических веществ (серотонин, гистамин), которые сами по себе могут вызывать ухудшение бронхиальной проходимости, так как они способствуют выделению из тучных клеток биологически активных веществ, в частности гистамина. Это так называемые либераторы гистамина. Они содержатся в цитрусовых, землянике, клубнике, бананах, ананасах, колбасе, сыре, сливах.

IV. Лекарственные аллергены.

Любой лекарственный препарат или продукт его химического превращения в организме может вызвать аллергическую реакцию. Лекарства и их производные чаще являются гаптенами, причем в молекуле вещества присутствует так называемая антигенная детерминанта, вызывающая образование антител. Такие участки молекул могут оказаться одинаковыми у разных лекарств, поэтому их называют реагирующими детерминантами. Развитие аллергической реакции на какой-либо препарат может вызвать перекрестную аллергическую реакцию на другое средство, имеющее сходную детерминанту. Среди лекарств похожими антигенными детерминантами обладают новокаин, сульфаниламиды, ПАСК, некоторые сахаропонижающие препараты (бутамид, буткарбан), мочегонные (гипотиазид, фуросемид, диакарб), препараты, используемые в психиатрии (нейролептики, антидепрессанты), антигистаминные (димедрол, супрастин), этмозин.

Некоторые препараты (аспирин, анальгин, амидопирин, индометацин), вызывая приступы удушья, изменяют обмен арахидоновой кислоты, которая служит источником образования химических соединений, влияющих на проходимость бронхов. Эти соединения называются простогландами. Аспирин вмешивается в обмен простогландинов, при этом образуется меньше тех веществ, которые отвечают за расширение бронхов, а больше тех, что приводят к их сужению. Сходную реакцию вызывают также желтый пищевой краситель тартразин и соли бензойной кислоты.

V. Инфекционные аллергены.

К аллергенам, способным вызывать развитие бронхиальной астмы, относятся различные возбужда-

тели инфекционных (вирусы). Некоторые инфекционно-зависимые инфекции дыхательных путей, трахеи и бронхов, опосредованно участвуют в формировании нарушений иммунной системы, иммуноглобулинов.

Вызывают астму и вирусы. Но чаще в развитии респираторной астмы ответственны бактерии и бронхолиты. Бактерии бронхов, как и вирусы, являются биологически активными агентами, способными к проникновению в бронх и вызыванию различных изменений в слизистой оболочке бронхов.

Микробная инфекция (стрептококк, гемофильная палочка) всего высевается из бронхов. Непосредственно астму вызывают, но так же вызывают и другие заболевания слизистой оболочки бронхов, которые биологически активны и способны к размножению. Они также способны к образованию антигенов, которые участвуют в развитии астмы.

Вызывают астму и грибки. При этом в развитии астмы участвуют также вирусы.

тели инфекционных болезней (бактерии, грибы, вирусы). Некоторые формы заболевания являются инфекционно-зависимыми и возникают в результате инфекций дыхательных путей (полости носа и носовых придаточных пазух, среднего уха, гортани, трахеи и бронхов). Очаги хронической инфекции опосредованно могут играть определенную роль в формировании повышенной чувствительности и нарушениях иммунитета с избыточным синтезом иммуноглобулинов.

Вызывают аллергические воспаления многие вирусы. Но чаще в развитии бронхиальной астмы задействован респираторно-синцитиальный вирус, который ответствен за развитие хронического бронхита и бронхиолита. Вирусы способны повреждать эпителий бронхов, который начинает выделять биологически активные вещества, вызывающие нарушение проходимости бронхов, а также облегчающие проникновение различных аллергенов через поврежденный эпителиальный барьер к клеткам иммунной системы.

Микробная инфекция, в частности пневмококк, стрептококк, гемофильная палочка, хламидии, чаще всего высевается у больных бронхиальной астмой. Непосредственно аллергическую реакцию они не вызывают, но так же, как и вирусы, могут повреждать слизистую оболочку бронхов, стимулируя выделение биологически активных веществ, многие из которых способны привлекать клетки воспаления, а также способствовать сужению бронхов. Инфекционные антигены также активизируют иммунную систему с выработкой иммуноглобулина Е, принимающего участие в аллергических реакциях.

Вызывать аллергические процессы могут и грибы. При этом в зависимости от того, к каким гри-

не каждый. В основе такой избирательности лежат биологические дефекты. Они могут быть самыми различными. В первую очередь это наследственный фактор, то есть предрасположенность к аллергическим болезням вообще и к бронхиальной астме в частности. Заболевание имеет полигенный тип наследования. Это означает, что его развитие связано с изменениями нескольких генов и их комплексов, причем при разных формах бронхиальной астмы комбинация таких измененных генов может быть различной. Конечно, биологические дефекты отмечаются у тех людей, чьи кровные родственники страдали от аллергических болезней.

Аллергические реакции, лежащие в основе развития бронхиальной астмы, могут быть различными. При IgE-зависимом механизме реактинового типа белки пыльцы растений проникают через эпителий и с помощью специализированных антигенпреципитирующих клеток (макрофагов и В-лимфоцитов) активизируют Т-лимфоциты. Последние включают в реакцию реактинового типа В-лимфоциты и способствуют экспрессии специфического IgE.

IgE сенсibiliзирует тучные клетки, активируя их при присоединении аллергена через Fab-фрагмент. При этом развивается патохимическая ранняя фаза аллергической реакции, что в итоге приводит к выбросу из клетки гистамина. Вслед за ранней фазой формируется поздняя фаза аллергии. Она обусловлена активацией альвеолярных макрофагов, базофилов, эозинофилов, лимфоцитов, тромбоцитов, на мембране которых имеются рецепторы к Fc-фрагменту. Затем происходит ряд биохимических реакций, которые активизируют метаболизм арахидоновой кислоты с образованием многочисленных противовоспалительных веществ; повышается сосудистая прони-

цаемость, выбрасываются лейкотриены, выходят из кровотока IgG, лейкоциты. Последние оседают на эпителиальных клетках и эндотелии сосудов за счет взаимодействия с молекулами адгезии. Это ведет к необратимой перестройке бронхиальной стенки, утолщению и деструкции базальной мембраны бронхов, суживанию и десквамации мерцательного эпителия.

В патогенезе гиперреактивности дыхательных путей имеют значение продукты повреждения эпителия и других клеточных структур эозинофилами, Т-хелперами, макрофагами, выделение фактора активации тромбоцитов.

Нарушение целостности эпителия дыхательных путей за счет разрушающего действия воспалительного процесса приводит к обнажению нервных окончаний гладкой мускулатуры бронхов, афферентных холинергических нервов, вызывает освобождение ацетилхолина и развитие рефлекторного бронхоспазма.

Развитие

предшествует
предвестник
ем обильног
то есть сим
возникают п
бронхоспазм
го количест
хрипы. Одно
проявления —

В момент
дох значител
ным и сопровож
стоянии свист
прерываться к
ходить мокрот
ся. В более тя
или выделяется
ты и вязкости.
ет вынужденно
тями на колени
что способству
гательной муск
больного при эт
ся цианоз носог
кровы также бл
не изменяется. Г
жении максималь
держания воздуха
дения. Возникае
эмфизема

Виды бронхиальной астмы

Развитию бронхиальной астмы в ряде случаев предшествует состояние предастмы, или период предвестников, который характеризуется появлением обильного водянистого секрета из носа, чиханья, то есть симптомов аллергического ринита, затем возникают приступообразный кашель с элементами бронхоспазма, сухой или с отделением небольшого количества вязкой мокроты, сухие свистящие хрипы. Одновременно могут наблюдаться кожные проявления — зуд и аллергические высыпания.

В момент приступа вдох обычно короткий, выдох значительно удлиняется, становится судорожным и сопровождается громкими, слышными на расстоянии свистящими хрипами. Иногда они могут прерываться кашлем, и если при этом начинает отходить мокрота, то состояние больного ухудшается. В более тяжелых случаях мокрота не отходит или выделяется с трудом из-за повышенной густоты и вязкости. Больной во время приступа занимает вынужденное положение — сидя, опираясь локтями на колени или делая упор на край кровати, что способствует участию в акте дыхания вспомогательной мускулатуры и помогает выдоху. Лицо больного при этом резко бледнеет, может появиться цианоз носогубного треугольника. Кожные покровы также бледные, влажные, температура тела не изменяется. Грудная клетка находится в положении максимального вдоха из-за повышенного содержания воздуха в легких и затруднения его выведения. Возникает состояние так называемой острой эмфиземы легких.

При перкуссии определяется коробочный звук, нижние границы легких смещены вниз, экскурсия

лениями обструкции, цианоза, шумного дыхания с участием вспомогательной мускулатуры. Отмечаются ослабление пульсовой волны, тахикардия, снижение АД.

III стадия (гипоксемическая кома) характеризуется прострацией, общим цианозом, нарастанием одышки и тахикардии, падением АД, ослаблением дыхания вплоть до его отсутствия (синдром «немого легкого»).

В последующем наступает расстройство функций центральной нервной системы, что проявляется возбуждением, бредом, судорогами, потерей сознания и может закончиться летальным исходом.

У многих больных приступы удушья возникают только в ночное время, что связано с воздействием аллергенов — бытовых клещей и перьевых подушек. Иногда причиной их возникновения становится желудочно-пищеводный рефлюкс, в результате которого кислое содержимое желудка, попадая в дыхательные пути, может спровоцировать приступ удушья. Также в развитии ночных приступов играют роль суточные ритмы, выделение различных гормонов и биологически активных веществ, участвующих в регуляции активности как воспалительных, так и противовоспалительных веществ.

В настоящее время, кроме типичной (протекающей с четко выраженными приступами удушья) бронхиальной астмы, выделяют и так называемую бесприступную форму болезни. Она проявляется периодическими ощущениями затрудненного дыхания (дыхательным дискомфортом), различными признаками внелегочной аллергии (кожными проявлениями, аллергическим ринитом). При этом у пациентов отмечается повышенное количество эозинофилов в крови и мокроте. С помощью специальных методов

у больных с бесприступной формой бронхиальной астмы можно обнаружить нарушение проходимости бронхов и бокаловидноклеточную метаплазию бронхиального эпителия.

АСПИРИНОВАЯ АСТМА

Так называют бронхиальную астму, клиническая картина которой развернулась в ответ на действие ацетилсалициловой кислоты (аспирина) или других нестероидных противовоспалительных препаратов, к группе которых относится аспирин. Часто такая астма сочетается с атопической, но она может наблюдаться и как изолированная форма заболевания. Как только аспирин был синтезирован и внедрен в широкую медицинскую практику, в литературе сразу появились описания случаев аспириновой астмы. Механизм возникновения бронхоспазма в данном случае связан с нарушением обмена определенных кислот в организме. Есть мнение, что индуцировать развитие аспириновой астмы могут и вирусные инфекции. Не отрицается роль наследственной предрасположенности.

Клинически аспириновая астма проявляется затяжным ринитом, переходящим в полипозную риносинусопатию, когда полипы слизистой носа нарушают нормальное носовое дыхание и способствуют изменениям слизистой придаточных пазух носа. Эти изменения проявляются в заложенности носа и выделениях из него, снижении обоняния. Со временем у больных возникают приступы удушья на прием аспирина и аналогичных препаратов. Бронхоспазм на аспирин может протекать по замедленному типу и по типу немедленной реакции. Тяжелое аспи-

риновое удушье дается высыпанием желудочно-кишечной конъюнктивитов, ма имеет тяжелые симптомов много эозинофилия при такой астме часто наблюдается, требующего мероприятий.

Характеризуется приступом, от которого деление ночной астмы, когда бронхоспазм в ранние утренние часы. Беспокойный сон, удержания кислорода, достаточно долго, снижается работоспособность. Ночной астмы до конца пробуждений в результате является важной. Наиболее частыми проявлениями ночной астмы являются ночью (пых, перо), эозинофилия, положение тела, воспаление дыхательных путей, что сам факторит об утрате контроля, что надобно

риновое удушье у ряда больных нередко сопровождается высыпаниями на коже по типу крапивницы, желудочно-кишечными расстройствами, ринитом и конъюнктивитом. Довольно часто аспириновая астма имеет тяжелое течение. В крови и мокроте пациентов много эозинофилов. Бронхиальная обструкция при такой астме особенно длительна, достаточно часто наблюдается развитие астматического статуса, требующего проведения реанимационных мероприятий.

НОЧНАЯ АСТМА

Характеризуется ночным дыхательным дискомфортом, от которого больной просыпается. Под определение ночной астмы подпадают лишь те случаи, когда бронхоспазм возникает только ночью или в ранние утренние часы. Распространенность ночной астмы среди больных составляет примерно 30%. Беспокойный сон с выраженным уменьшением содержания кислорода в крови, продолжающийся достаточно долго, снижает умственную и физическую работоспособность пациентов. Механизмы развития ночной астмы до конца не ясны. Количество ночных пробуждений в результате дыхательного дискомфорта является важным диагностическим критерием. Наиболее частыми провоцирующими моментами при ночной астме являются контакт с экзоаллергеном ночью (пух, перо), эзофагальный рефлюкс и аспирация, положение тела на спине, переохлаждение или воспаление дыхательных путей и др. Важно понять и помнить, что сам факт наличия ночной астмы говорит об утрате контроля над состоянием больного, из чего следует, что надо усилить проводимую терапию.

ВИРУСИНДУЦИРОВАННАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Инфекции дыхательной системы играют значительную роль в формировании бронхиальной астмы у пациента, выступая в роли причинно-значимого фактора. Неосложненная вирусная инфекция вызывает структурные изменения бронхиального дерева, нарушает нормальное функционирование бронхиального аппарата и, как следствие, индуцирует гиперреактивность бронхов у ранее здоровых людей. Если же организм уже имеет atopическую предрасположенность, то вирусная респираторная инфекция вполне может вызвать комплекс аллергических реакций I и II типов. В результате формируется вирусиндуцированная бронхиальная астма. Считается, что у ранее здоровых лиц вирусная инфекция может формировать так называемую временную гиперреактивность бронхов, способную регрессировать через 4–6 недель после выздоровления. Именно в этот период повышается риск формирования бронхиальной астмы. Обычно в это время пациенты жалуются на остаточное покашливание, першение в горле, повышенную чувствительность к резким запахам и холоду, провоцирующую возникновение кашля. В большинстве случаев эта временная гиперреактивность бронхов самостоятельно регрессирует, но скорость данного процесса увеличивается при соответствующем физиотерапевтическом или медикаментозном долечивании. Отсюда можно сделать практический вывод, что недолеченная вирусная инфекция дыхательных путей есть прямой фактор риска возникновения вирусиндуцированной бронхиальной астмы. Другими факторами риска, способствующими переводу временной гиперреактивности бронхов в вирусиндуцированную бронхиальную астму, являются неблагоприятная наслед-

Ви
ственность по брон
иммунные нарушен
нарушения в центр
вирующей полино
ние и специфика са
структивный синдр
заболевания ОРВИ,
вой недели. Поско
ной способностью
с вирусиндуцирован
развиваются обостре
ния вторичной инфе
ся смешанная вирус

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ

Так называют бр
любыми профессиона
лизирующего, токсиче
рактера), которые п
среде в виде пыли, аэ
промышленное произ
все более широко при
Повседневный контакт
ет напряжению и пер
При этом могут разви
ческие состояния, в ча
Реакции гиперчувствит
изводственным фактора
не прошлого века (нап
астмы у мукомолов). П
ная астма весьма распр
работников лесной и дере
ленности, мукомольного

ственность по бронхообструктивным заболеваниям, иммунные нарушения общего и местного характера, нарушения в центральной нервной системе, рецидивирующий полиноз носа и т. д. Здесь имеет значение и специфика самого вируса. Обычно бронхообструктивный синдром развивается не сразу после заболевания ОРВИ, а на 3–4-е сутки или к концу первой недели. Поскольку вирусы обладают выраженной способностью подавлять иммунитет, у больных с вирусиндуцированной бронхиальной астмой часто развиваются обострения болезни из-за присоединения вторичной инфекции. В результате формируется смешанная вирусно-бактериальная инфекция.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (ПБА)

Так называют бронхиальную астму, вызванную любыми профессиональными вредностями (сенсibilизирующего, токсического или раздражающего характера), которые присутствуют в окружающей среде в виде пыли, аэрозолей и газов. Современное промышленное производство и сельское хозяйство все более широко применяют химические вещества. Повседневный контакт человека с ними способствует напряжению и перестройке иммунного ответа. При этом могут развиваться некоторые патологические состояния, в частности бронхиальная астма. Реакции гиперчувствительности по отношению к производственным факторам наблюдались еще в середине прошлого века (например, были описаны случаи астмы у мукомолов). Профессиональная бронхиальная астма весьма распространена в наше время среди работников лесной и деревообрабатывающей промышленности, мукомольного и табачного производства,

в птицеводческих и животноводческих хозяйствах. Важными факторами при этом являются климатогеографические и экологические условия в каждой отдельно взятой стране. Все причинные факторы профессиональной бронхиальной астмы делят на две большие группы: агенты-аллергены и агенты токсико-раздражающего действия. К первым относятся продукты растительного и животного происхождения, бактерии, плесневые грибы, антибиотики, гормоны, соли тяжелых металлов (химическая промышленность), которые, будучи неполными аллергенами, соединяясь с белками в организме, превращаются в полноценные аллергены. Ко второй группе относятся сильные щелочи, кислоты, окислители, инертная пыль в очень высоких концентрациях. В большинстве случаев профессиональная бронхиальная астма развивается в ответ на комплексное воздействие причинных агентов, как правило, через 2–7 и более лет с момента первого контакта. Конечно, это происходит лишь при наличии факторов, благоприятствующих развитию заболевания. Наиболее часто ими являются запыленность и загазованность воздушной среды, наличие атопии и курение. В развитии ПБА принимают участие два основных механизма — аллергический и иммунный, определяющие характер и тяжесть заболевания. Клиническое течение профессиональной бронхиальной астмы характеризуется появлением чувства дыхательного дискомфорта на работе с последующим бронхоспазмом и улучшением самочувствия вне производства. Такая клиническая картина является ранним и ведущим симптомом ПБА. Могут проявляться и предвестники данного заболевания в виде ринофарингитов, конъюнктивитов и крапивницы.

В диагностике б
использовать аллерги
ские особенности з
тестирование, исслед
зателей внешнего дыха
бы. Проводятся так
следования гематокри
необходимости — исс
бенно желудочно-киш

Особую роль в д
мы играют так называ

I. Бронхиальная
паление, ведущее к хро
десса.

II. При бронхиаль
ных клеток преоблада
воздействием факторо
кам сосудов и пронизыв
никая в просвет после

III. Основным марк
ляется массовая десква
эпителия, а также огол
мембраны бронхиально
эозинофилов, макро- и
эпителиальных, эндоте
содержанием специаль
клеток — провокатора

IV. С помощью инга
ном и ацетилхолином к
ческим макро- и
сизмальными

Поэтапная диагностика бронхиальной астмы

В диагностике бронхиальной астмы необходимо использовать аллергологический анамнез, клинические особенности заболевания, аллергологическое тестирование, исследование функциональных показателей внешнего дыхания и фармакологические пробы. Проводятся также общие лабораторные исследования гематокрита, анализы мочи, кала, при необходимости — исследование других органов, особенно желудочно-кишечного тракта.

Особую роль в диагностике бронхиальной астмы играют так называемые биологические маркеры:

I. Бронхиальная астма — персистирующее воспаление, ведущее к хронизации патологического процесса.

II. При бронхиальной астме среди воспалительных клеток преобладают эозинофилы, которые под воздействием факторов адгезии прилипают к стенкам сосудов и пронизывают все стенки бронхов, проникая в просвет последних.

III. Основным маркером бронхиальной астмы является массовая десквамация клеток мерцательного эпителия, а также оголение и деструкция базальной мембраны бронхиального дерева на фоне активации эозинофилов, макро- и микрофагов с поражением эпителиальных, эндотелиальных клеток и высоким содержанием специального белка эпителиальных клеток — провокатора бронхоспазма.

IV. С помощью ингаляционных проб с гистамином и ацетилхолином к специфическим и неспецифическим макро- и микрофакторам выявляется пароксизмальная гиперреактивность бронхиального дерева.

V. Проведение бронхиально-альвеолярного лаважа, который позволяет определить клеточный состав и продукты функциональной активности клеток воспаления.

VI. Маркером активности воспаления при бронхиальной астме служит повышение концентрации окиси азота в выдыхаемом воздухе.

VII. Выраженная наследственная предрасположенность.

VIII. В иммунограмме отмечаются высокое содержание общего и особенно специфического IgE, переключение ТХ0 на ТХ2 с выбросом ИЛ-4 и ИЛ-5, усиливающих экспрессию В-лимфоцитами IgE.

IX. При исследовании функциональных показателей внешнего дыхания необходимо проведение фармакологических проб и функциональных тестов.

Среди функциональных тестов, проводимых при исследовании показателей внешнего дыхания, заслуживают особого внимания те, которые выполняются в скоростном режиме на выдохе и вдохе, в частности:

- объем форсированного выдоха за 1 с;
- анализ петли «объем-поток» (пневмография);
- пиковая (максимальная) скорость выдоха (пикфлоуметрия).

Последнее исследование позволяет также устанавливать и степень выраженности обструкции.

Объем форсированного выдоха за 1 с дает возможность также установить степень выраженности обструктивных изменений, а с применением фармакологических проб с бета-2-антагонистами в динамике может подтвердить обратимость этого процесса.

Анализ петли «поток-объем» при пневмографии позволяет дифференцировать уровень (крупные, средние, мелкие бронхи) обструктивных изменений дыхательных путей.

Пикфлоуметрия (максимальной) скорости и в амбулаторном методе можно проводить

- проводящую непрофессионально
- триггерное воздействие факторов на
- вариабельность

выдоха в течение суток

$$\text{ПСВ сут (\%)} = \frac{\text{ПСВ макс (л/мин)}}{\text{ПСВ мин (л/мин)}} \times 100$$

ПСВ макс (л/мин)

- объем (глюкоза) лекарственной терапии важно для управления дает возможность обструкции на этапе проявлений.

Пикфлоуметры бронхиальной астмы проходимость дыхания

Тщательное обследование дифференцировать бронхиты с хроническими бронхитами наличие хронических маркеров. Бронхиты хронического течения, более полные бронхиальной астмы. Трудности для диагностики бронхитов, хотя межприступный менее четкий характер

Пикфлоуметрия — метод измерения пиковой (максимальной) скорости выдоха — может проводиться и в амбулаторных условиях. С помощью этого метода можно определить:

- провоцирующее влияние профессиональных и непрофессиональных индукторов аллергии;
- триггерное воздействие различных неспецифических факторов на течение болезни;
- вариабельность изменений пиковой скорости выдоха в течение суток по формуле:

$$\text{ПСВ сут (\%)} = \frac{\text{ПСВ макс (л/мин)} - \text{ПСВ мин (л/мин)}}{\text{ПСВ макс (л/мин)}} \times 100$$

ПСВ макс (л/мин);

- объем (глюкокортикоиды в мкг) проводимой лекарственной терапии, что с одной стороны очень важно для управления заболеванием, а с другой — дает возможность предупреждения нарастающей обструкции на этапе, когда нет явных клинических проявлений.

Пикфлоуметры полезно иметь всем больным бронхиальной астмой для специального контроля проходимости дыхательных путей.

Тщательное обследование больного позволяет дифференцировать бронхиальную астму со многими заболеваниями органов дыхания и прежде всего с хроническим бронхитом, особенно принимая во внимание наличие характерных для них биологических маркеров. Бронхиальная астма отличается от хронического бронхита большей вариабельностью течения, более полной обратимостью нарушений бронхиальной проходимости при адекватной терапии. Трудности для диагностики представляет сочетание бронхиальной астмы и хронического бронхита, хотя межприступный период при этом имеет менее четкий характер по субъективным и объектив-

ным показателям за счет преобладания инфекционно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Подобное течение бронхиальной астмы чаще ассоциируется с понятием инфекционной (неатопической) астмы.

Также дифференцировать бронхиальную астму необходимо с трахеобронхиальной дискинезией. Отличием является то, что при последнем заболевании отсутствует аллергологический анамнез, кашель приступообразный, типа лающего, не наблюдается вариабельность показателей пикфлоуметрии, а также имеются различия в фибробронхоскопической картине.

При дифференциальной диагностике бронхиальной астмы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы надо ориентироваться на отсутствие у больных-сердечников аллергологического анамнеза, наличие инспираторной одышки при физической нагрузке, тахикардии, гипертрофии левых отделов сердца, на снижение систолического и пульсового давления, высокую эффективность при приступах удушья не только препаратов бета-2-антагонистов, но и нитратов. Во всех случаях дифференциальной диагностики бронхиальной астмы с другими заболеваниями, провоцирующими приступы удушья, помогают маркеры.

Также возможно проведение дифференциальной диагностики с профессиональной бронхиальной астмой. Для этого, кроме выявления профессионального аллергологического анамнеза (это проявление аллергологических реакций на работе и исчезновение их вне ее), проводится мониторинг показателей внешнего дыхания с помощью пикфлоуметрии до работы, во время и после нее, что часто является решающим объективным тестом для распознавания профессиональной бронхиальной астмы.

Также проводятся внутрикожные тесты профессиональными аллергенами *in vitro* (реакция лейкоцитов крови на повреждение базофилов с химическими агентами, реакция специфических клеток крови *in vitro* (реакция специфического розжигания миграции лейкоцитов).

Также проводятся аллергологические кожные и внутрикожные тесты со стандартизированными профессиональными аллергенами, реакции клеток крови на гаптен *in vitro* (реакция специфической агломерации лейкоцитов крови, реакция специфического повреждения базофилов крови), серологические реакции с химическими аллергенами (реакция связывания комплемента), реакция пассивной гемагглютинации, специфические клеточные реакции гиперчувствительности *in vitro* (реакция торможения клеток), реакция специфического розеткообразования, реакция торможения миграции лейкоцитов крови.

Медикаментозное лечение бронхиальной астмы

Несмотря на то что причины возникновения и основные механизмы развития бронхиальной астмы в настоящее время изучены в достаточной степени, строго определенных схем лечения заболевания не существует. Однако можно констатировать, что базовые принципы терапии болезни разработаны весьма детально и позволяют страдающим астмой пациентам поддерживать определенный уровень жизни и чувствовать себя полноценными членами общества. Принципиально важно сразу после установления диагноза ориентировать больного на необходимость длительного лечения в условиях регулярного врачебного наблюдения.

В основе терапии лежит принцип сугубо индивидуального подхода к пациентам с учетом причин развития, клинических особенностей течения бронхиальной астмы, формы и фазы заболевания. Общая стратегия, в зависимости от фаз болезни, четко определена: в фазе обострения лечение должно быть направлено на достижение нестабильной ремиссии; в фазе нестабильной ремиссии больному подбирают адекватную индивидуальную базисную поддерживающую терапию, обеспечивающую стабильное состояние и предупреждающую развитие обострения и прогрессирование патологического процесса.

Особенность терапии бронхиальной астмы приводит к тому, что лечение и профилактика заболевания практически неразрывны и не могут рассматриваться отдельно. Наиболее ярко это демонстрирует активная профилактика бронхиальной астмы у детей. Для предотвращения развития заболевания у ре-

Медика
бенка необходимы сле
и полноценное лечени
носоглотки (хроническ
ты, аденоиды носоглот
риес), предупреждение
болеваний, закаливан
турения родителей (осо

При развитии бро
простым и эффективным
(направленного на прич
одновременно профила
устранение контакта па
геном.

Среди внешних алле
собствующих обострени
распространенными явля
пылевой клещ, табачный д
бенно кошки), пыльца ра
сгорания дров, вирусы ин
а также физические нагру

В некоторых случаях
ного с аллергеном не пре
задачи. Так, например, при
ности пациента к шерсти
хому корму аквариумных р
сиональным аллергенам сл
условия или профессии.

максимальностью к пы
Для этого в период цветен
должен работать в саду (ог
Он должен чаще проветрив
мальная концентрация в воз
ляемых растений отмечает
погоду, а также в дни

бенка необходимы следующие меры: своевременное и полноценное лечение воспалительных процессов носоглотки (хронические риносинуситы и тонзиллиты, аденоиды носоглотки), санация полости рта (кариес), предупреждение респираторных вирусных заболеваний, закаливание ребенка и прекращение курения родителей (особенно это касается матери).

При развитии бронхиальной астмы наиболее простым и эффективным методом этиотропного (направленного на причину заболевания) лечения и одновременно профилактикой болезни является устранение контакта пациента с выявленным аллергеном.

Среди внешних аллергенов и раздражителей, способствующих обострению заболевания, наиболее распространенными являются следующие: домашний пылевой клещ, табачный дым, шерсть животных (особенно кошки), пыльца растений, тараканы, дым от сгорания дров, вирусы инфекционных заболеваний, а также физические нагрузки.

В некоторых случаях устранение контакта больного с аллергеном не представляет особо сложной задачи. Так, например, при повышенной чувствительности пациента к шерсти домашних животных, сухому корму аквариумных рыб (дафнии) или профессиональным аллергенам следует изменить бытовые условия или профессию. Больным с повышенной чувствительностью к пыльце растений необходимо максимально сократить возможные контакты с ней. Для этого в период цветения растений пациент не должен работать в саду (огороде), выезжать в лес. Он должен чаще проветривать помещение. Максимальная концентрация в воздухе пыльцы ветроопыляемых растений отмечается в сухую и ветреную погоду, а также в дневное и вечернее время суток.

В связи с этим больной бронхиальной астмой в сезон опыления не должен без крайней необходимости выходить на улицу днем и вечером. Кроме того, следует значительно ограничить физическую нагрузку, так как дополнительные усилия приводят к гипервентиляции легких и дыханию через рот, что при астме нежелательно. Иногда в период цветения растений необходим выезд больного из данного региона в климатические зоны, лишенные той растительности, к пыльце которой пациент сенсibilизирован. Временный переезд может быть рекомендован тем, кто проживает в регионах страны, где основным аллергеном является пыльца амброзии или полыни.

Для уменьшения концентрации пыльцы в воздухе помещений также рекомендуется использование различных фильтров и кондиционеров.

Поскольку источником аллергена могут быть перьевые подушки или одеяла, их следует убрать. Более сложная задача возникает у пациентов при повышенной чувствительности к домашней пыли, так как именно в ней чаще всего содержатся пылевые и грибковые аллергены. Полезно знать, что оптимальные условия для роста клещей возникают при относительной влажности воздуха 80% и температуре воздуха 25° С. Также известно, что число клещей возрастает в сезоны с повышенной влажностью воздуха (свыше 65%) и остается значительным при относительной влажности воздуха более 50%. Повышенная влажность в помещениях создает благоприятные условия и для развития грибков. Это означает, что при неустойчивой причине заболевания использование комнатных увлажнителей нежелательно. Уменьшать влажность воздуха рекомендуется с помощью современных кондиционеров. Известно, что более высокая влажность воздуха обычно отмечается в низинах у водоемов.

Поэтому больным астмой в неблагоприятных условиях, в ряде мест жительства. В квартирах, домах, где служат матрацы, ковры, ворсовые ткани, игрушки, книги. Матрацы, ковры, книги, игрушки, ворсовые ткани, шерсть ковров (в спальном помещении) подвергать чистке не рекомендуется. Ковры из искусственных материалов, ворсовые, шерстяные ковры нужно поместить на улице. Регулярно (не реже одного раза в неделю) стирать постельное белье; стены, потолки, обоями, уборку производить пылесосом. Если уборку производить сам больной, во время уборки пользоваться респиратором. Специальные исследования показали, что мытья холодной водой эффективно, так как живые клещи погибают при температуре ниже 15° С. Однако многие аллергики используют для мытья полов горячую воду, что уменьшает эффективность. Как указывалось выше, в настоящее время нет ни одного эффективного метода лечения бронхиальной астмы. Разнообразие методов лечения (разнообразие лекарственных средств, вызывающих на профилактику астмы, с целью выработки у больного привычки к окружающей среде, с целью выработки у больного привычки к окружающей среде).

поэтому больным астмой, проживающим в таких природных условиях, в ряде случаев рекомендуют сменить место жительства.

В квартирах, домах основным местом скопления клещей служат матрацы, мягкая мебель, ковры, различные ворсовые ткани, чучела животных, плюшевые игрушки, книги. Матрацы рекомендуется покрывать моющимся водонепроницаемым пластиком и подвергать чистке не реже 1 раза в неделю. Больным бронхиальной астмой следует убрать из квартиры ковры (в спальном помещении нежелательны и ковры из искусственных волокон), плюшевые игрушки, ворсовые, шерстяные и ватные одеяла. Книги нужно поместить на застекленные полки; необходимо регулярно (не реже 1 раза в 7 дней) менять постельное белье; стены рекомендуется оклеить моющимися обоями, уборку помещений проводить с помощью пылесоса. Если уборку вынужден проводить сам больной, во время этой работы он должен пользоваться респиратором (марлевой маской). Специальные исследования показали, что использование для мытья холодной или теплой воды малоэффективно, так как живущие в домашней пыли клещи погибают при температуре воды выше 70° С. Однако многие аллергологи все же рекомендуют для мытья полов использовать прохладную подкисленную уксусом воду, что уменьшает количество клещей.

Как указывалось выше, одним из наиболее распространенных методов этиотропного лечения атопических болезней является специфическая гипосенсибилизация (разновидность иммунотерапии), основанная на профилактическом введении антигена, вызывающего у больного аллергические симптомы, с целью выработки устойчивости к действию аллергенов окружающей среды. В настоящее время

принято считать, что положительных результатов специфической гипосенсибилизации следует ожидать при пыльцевой и пылевой формах бронхиальной астмы, незначительной длительности заболевания, проведении повторных курсов лечения, а также у детей. В целом следует констатировать, что при бронхиальной астме данный метод терапии может применяться для определенной части больных после отбора и при наличии достаточных показаний. Иммуноterapia должна проводиться хорошо подготовленными врачами-аллергологами, владеющими данным методом. Специалисты считают, что метод специфической гипосенсибилизации при бронхиальной астме нуждается в дальнейшем развитии.

Так называемая аспириновая астма характеризуется своеобразной триадой, которая включает в себя:

- непереносимость ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и близких к ней по механизму действия препаратов (анальгина, метиндола и др.);
- рецидивирующий полипозный риносинусит;
- приступы удушья.

При данной форме заболевания приступы удушья могут возникать при употреблении в пищу продуктов, содержащих растительные салицилаты (яблоки, абрикосы, малина, крыжовник, клубника и др.).

Своеобразной особенностью аспириновой астмы является то, что после приступа удушья в течение 72 ч наблюдается рефрактерный период (период невосприимчивости), когда никакие побочные реакции на аспирин не возникают. Данный феномен используют для лечения больных бронхиальной астмой, чувствительных к ацетилсалициловой кислоте (основанный на этом метод терапии называется десенсибилизацией). На практике применяют несколько схем десенсибилизации. По одной из них пациенты прини-

Механизм действия ацетилсалициловой кислоты заключается в том, что она блокирует выработку простагландинов, которые являются медиаторами воспаления. В результате этого уменьшается проницаемость сосудов, снижается выделение гистамина и других медиаторов аллергии. Аспирин также оказывает прямое бронхолитическое действие. Однако при приеме аспирина у некоторых больных может возникнуть приступ удушья. Это связано с тем, что аспирин является ингибитором фермента циклооксигеназы, который участвует в синтезе простагландинов. Простагландины, в свою очередь, вызывают расширение бронхов. Поэтому у некоторых больных прием аспирина приводит к сужению бронхов и развитию приступа удушья. В таких случаях необходимо немедленно прекратить прием аспирина и обратиться к врачу. Лечение приступа удушья при аспириновой астме должно проводиться под наблюдением врача. Обычно назначают ингаляции бета-2-агонистов (сальбутамол, формотерол) и глюкокортикостероидов (преднизолон, дексаметазон). В тяжелых случаях может потребоваться внутривенное введение глюкокортикостероидов. Также необходимо обеспечить доступ свежего воздуха и дать пациенту теплое питье. Если приступ удушья не проходит в течение 1-2 часов, необходимо вызвать скорую помощь.

маю ацетилсалициловую кислоту в нарастающих дозах через определенные временные интервалы. На каком-то этапе закономерно возникают побочные реакции; после их купирования и возвращения функциональных показателей к исходному уровню количество аспирина продолжают увеличивать, пока не достигается хорошая переносимость достаточно высокой дозы. Она и является затем ежедневной поддерживающей. По другой схеме десенситизация и увеличение дозы осуществляются ступенчатым методом, когда количество препарата повышают либо каждый последующий день, либо через несколько дней. При любом способе терапию следует начинать с небольших доз (от 2 до 20 мг) препарата. Десенситизацию и определение пороговой дозы препарата производят только в стационарных условиях при полной готовности (персонала, оборудования) к оказанию неотложной помощи больным. При этом необходима отмена всех лекарственных препаратов, кроме глюкокортикостероидных гормонов.

Опыт показал, что метод десенситизации к ацетилсалициловой кислоте оказывается эффективным для части больных. Однако в большинстве случаев, особенно у пациентов с тяжелым течением аспириновой астмы и при гормональной зависимости, он не приводит к заметному улучшению состояния.

Больным необходимо знать названия медикаментов, абсолютно противопоказанных при астматической триаде (аспириновой астме):

- 1) ацетилсалициловая кислота (аспирин) и все препараты, ее содержащие;

- 2) любые производные пиразолона — амидопирин, анальгин, бутадиион, реопирин и все комбинированные препараты, их содержащие, в том числе теофедрин, баралгин;

- 3) индометацин;
- 4) бруфен;
- 5) все новые противовоспалительные препараты;
- 6) любые таблетки в желтой оболочке (тарта-разин).

Лекарственная терапия бронхиальной астмы в фазе ремиссии и при обострении процесса направлена на достижение различных целей. В фазе стабильной ремиссии пациент может вообще не получать лекарственных препаратов. Попытка их отмены возможна на фоне проведения предшествующей базисной терапии. Отменить медикаментозное лечение можно при стойкой нормализации функциональных параметров дыхания, значительном уменьшении гиперреактивности бронхов, отчетливом уменьшении степени сенсibilизации к установленным аллергенам.

Лечение в фазе нестабильной ремиссии направлено как на купирование приступов удушья (симптоматическая терапия), так и на основы патологического процесса (патогенетическая базисная терапия). В идеале медикаменты, применяемые для базисной терапии бронхиальной астмы, должны отвечать следующим требованиям: обеспечивать полное купирование бронхиальной обструкции (или полное восстановление бронхиальной проходимости) в течение одних суток, уменьшать неспецифическую реактивность дыхательных путей, не вызывать привыкания или лекарственной зависимости, а также не оказывать серьезных побочных эффектов. В повседневной практике врач обычно подбирает пациенту индивидуальную комбинацию медикаментов и подходящий режим лечения. Лекарственное лечение необходимо значительно усиливать при появлении даже слабо выраженных симптомов, свидетельствующих об обострении процесса. Напротив, при улучшении самочувствия и стабилизации

состояния больного пост-
поддерживающим дозой

Все основные лекар-
ства для лечения бол-

можно разделить на две
— препараты для о-

купирования приступов
— препараты длите-

лечения воспалительного
процесса симптомов

Для купирования п-
применяются препараты

самол, фенотерол (беро-
заемые бета-2-агонист

галационной форме в с-
эффектом. Ипротропиу-

шум бромид (антихол-
препараты), эуфиллин

2,4%-ного раствора вну-
но (относится к метилк-

Продолжительнос-
тов составляет около

от их применения при-
казано использование

а инъекциях (реже —
С целью предупре-

ной астмы, замедлен-
меняют препараты, с-

тельным действием и
реакции, а также брон-

тельного действия: ип-
ды — беклометазон,

тиказон, будесонид, с-
преднизолон, триамци-

недокромил натрия

состояния больного постепенно следует возвратиться к поддерживающим дозам препаратов.

Все основные лекарственные средства, используемые для лечения больных бронхиальной астмой, можно разделить на две большие группы:

— препараты для оказания экстренной помощи, купирования приступов удушья;

— препараты длительного действия для купирования воспалительного процесса в бронхах и профилактики симптомов заболевания.

Для купирования приступа бронхиальной астмы применяются препараты короткого действия: сальбутамол, фенотерол (беротек), альбутерол и др. (так называемые бета-2-агонисты). Их принято назначать в ингаляционной форме в связи с выраженным лечебным эффектом. Ипротропиум бромид (атровент), окситропиум бромид (антихолинергические ингаляционные препараты), эуфиллин назначают обычно по 10 мл 2,4%-ного раствора внутривенно капельно или струйно (относится к метилксантинам короткого действия).

Продолжительность действия данных препаратов составляет около 4 ч. При отсутствии эффекта от их применения при тяжелых приступах астмы показано использование кортикостероидных гормонов в инъекциях (реже — в таблетках).

С целью предупреждения приступов бронхиальной астмы, замедления ее прогрессирования применяют препараты, обладающие противовоспалительным действием и блокирующие аллергические реакции, а также бронхолитические препараты длительного действия: ингаляционные кортикостероиды — беклометазон, флунизол (ингакорт), флутиказон, будесонид; системные кортикостероиды — преднизолон, триамцинолон; кромогликат натрия и недокромил натрия (ингаляционные); бета-2-агонис-

ты пролонгированного действия — ингаляционные сальметерол (серевент), формотерол (в таблетках — сальбутамол, тербуталин); метилксантины пролонгированного действия — теофиллины (теопек, теотард, эуфилонг и др.); кетотифен как противоаллергический препарат; антагонисты лейкотриеновых рецепторов — зафирлукаст, монтелукаст. Эти препараты относятся к противовоспалительным средствам нового поколения, эффективным при лечении атопической формы бронхиальной астмы и астмы физического усилия.

Специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработаны методические рекомендации по лечению бронхиальной астмы. В соответствии с ними в настоящее время применяется ступенчатый подход к терапии заболевания с учетом степени его тяжести и течения, что позволяет проводить лечение с использованием наименьшего количества препаратов.

Если удастся контролировать симптомы астмы в течение 3 месяцев, то объем лечения уменьшается. Контроль симптомов бронхиальной астмы считается неполным, если у больного:

- симптомы кашля, свистящего или затрудненного дыхания возникают более 3 раз в неделю;
- симптомы проявляются ночью или в ранние утренние часы;
- увеличивается потребность в бронходилататорах короткого действия.

СТУПЕНЧАТЫЙ ПОДХОД К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АСТМЫ

Степень IV. Тяжелая степень заболевания

Назначают профилактические контролируемые препараты длительного действия. Ежедневно: ингаля-

Мелик
...ые кортикостероиды
...одилаторы пролонг
...ционные бета-2-агонист
...ого действия, осо
... кортикостероиды пер
Препараты, купирую
...ости бронходилататор
...альные бета-2-аго
...холинергический пре

Степень I

Назначают профилакти
препараты длительного дей
...онные кортикостероиды
...илаторы пролонгирова
...ри ночных симптомах, и
...асты или теофиллины, бе
...ля сиропе.

Препараты, купирую
...имости (но не чаще 3-4
...аторы короткого действи
...агонисты или ингаляцион
...препарат.

Степень

Назначают профилакти
препараты длительного де
...онные кортикостероиды
...или недокромил натрия
...ного действия; если нео
...ду ингаляционных корт
...симптомах — переход на с
...илаторов пролонгирова

ционные кортикостероиды по 800–2000 мкг и более; бронходилататоры пролонгированного действия — ингаляционные бета-2-агонисты или теофиллины пролонгированного действия, особенно при ночных симптомах; кортикостероиды перорально длительное время.

Препараты, купирующие приступ: при необходимости бронходилататоры короткого действия — ингаляционные бета-2-агонисты или ингаляционный антихолинергический препарат.

Степень III. Средняя степень заболевания

Назначают профилактические контролирующие препараты длительного действия. Ежедневно: ингаляционные кортикостероиды по 800–2000 мкг; бронходилататоры пролонгированного действия, особенно при ночных симптомах, ингаляционные бета-2-агонисты или теофиллины, бета-2-агонисты в таблетках или сиропе.

Препараты, купирующие приступ: при необходимости (но не чаще 3–4 раз в день) — бронходилататоры короткого действия, ингаляционные бета-2-агонисты или ингаляционный антихолинергический препарат.

Степень II. Легкая персистирующая астма

Назначают профилактические контролирующие препараты длительного действия. Ежедневно: ингаляционные кортикостероиды по 200–500 мкг, кромогликат или недокромил натрия, теофиллины пролонгированного действия; если необходимо, следует увеличить дозу ингаляционных кортикостероидов. При ночных симптомах — переход на степень III и прием бронходилататоров пролонгированного действия.

Препараты, купирующие приступ: при необходимости не более 3–4 раз в день — бронходилататоры короткого действия — ингаляционные бета-2-агонисты или ингаляционный антихолинергический препарат.

Ступень I. Легкая интермиттирующая астма

Назначают профилактические контролируемые препараты длительного действия. Ингаляционные кортикостероиды не показаны.

Препараты, купирующие приступ: ингаляционные бета-2-агонисты или кромогликат перед физической нагрузкой или контактом с аллергеном. Бронходилататоры короткого действия при наличии симптомов, но не более 1 раза в неделю. Антибиотики назначаются в случае инфекционно-зависимой астмы при доказанной активации очагов бактериальной инфекции. Назначаются антибиотики с учетом чувствительности высеваемого возбудителя к антибактериальным средствам; при этом используются препараты, наименее сенсibiliзирующие организм. Из отхаркивающих средств рекомендуется применять йодид калия и бромгексин, так как растительные препараты сами могут являться аллергенами.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА В ПЕРВОЙ СТАДИИ

Лечение больных в состоянии астматического статуса определяется его стадией. В первой стадии необходимо:

- отменить симпатомиметики (алупент, астмопент, беротек и др.), если больной использовал их для купирования удушья;

Медикаментозно начать лечение астматического статуса является задачей. Назначение гормональных препаратов является с дозы 6 мг. В дальнейшем при ухудшении состояния чередуют введение преднизолона повторяют до 6 ч (при удушье). В наиболее упорных случаях лечения к проводимой терапии добавляют 125 мг гидрокортизона. В состоянии пациента назначают глюкокортикостероиды по 125 мг каждые 24 ч на поддерживающей дозе. Дозировка определяется особенностями заболевания.

Примечание эуфиллина. Механизм эуфиллина заключается в первую очередь определении эффе́ктом. Кроме того, эуфиллин оказывает положительное влияние на почечный и церебральный кровоток в малом круге. При астматическом статусе эуфиллин вводят в виде 20 мл 2,4%-ного раствора хлорида натрия. Вводить до 80 мл при обычном введении не отмечается побочных эффектов. Сердечных осложнений не наблюдается.

- безотлагательно начать гормонотерапию.

Астматический статус является абсолютным показанием к назначению гормональных средств. Препаратом выбора является преднизолон; начинают его внутривенное введение с дозы 60 мг и при отсутствии улучшения состояния через 2 ч повторяют введение 90 мг. В дальнейшем при необходимости введение преднизолона повторяют через 3 ч в дозе 30–60 мг, постепенно удлиняя интервалы между введениями препарата до 6 ч (при улучшении состоянии больного). В наиболее упорных случаях через 8 ч от начала лечения к проводимой терапии рекомендуется добавить 125 мг гидрокортизона. Сразу после улучшения состояния пациента суточные дозы вводимых глюкокортикостероидных препаратов следует уменьшать каждые 24 ч на $\frac{1}{3}$ до индивидуальной поддерживающей дозы. Дальнейшая тактика гормонотерапии определяется особенностями течения заболевания.

I. Применение эуфиллина.

Лечебный механизм эуфиллина при бронхиальной астме в первую очередь определяется его бронходилатирующим эффектом. Кроме того, препарат улучшает почечный и церебральный (мозговой) кровоток, в целом положительно воздействуя на кровообращение в малом круге. При лечении астматического статуса эуфиллин вводится внутривенно капельно по 20 мл 2,4%-ного раствора в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия каждые 6 ч. В сутки можно вводить до 80 мл препарата. При внутривенном капельном введении токсическое действие эуфиллина обычно не отмечается. Препарат вызывает учащение сердечных сокращений (тахикардию) и может способствовать появлению сердечной аритмии.

II. Инфузионная терапия.

При астматическом статусе у больного закономерно развивается состояние дегидратации (обезвоживания), снижается объем циркулирующей крови, повышается ее вязкость, происходит расстройство микроциркуляции, повышается вязкость мокроты. Инфузионная терапия проводится для восполнения дефицита объема циркулирующей крови и уменьшения вязкости крови, а также способствует разжижению и улучшению отделения мокроты. В сутки общий объем вводимой жидкости может достигать 4 л. При лечении астматического статуса для внутривенного капельного введения используются изотонический раствор хлорида натрия, 5%-ный раствор глюкозы, реополиглюкин, раствор Рингера. Во время проведения инфузионной терапии обязательно контролируется диурез — за сутки больной должен выделять не менее 3 л мочи.

III. Борьба с ацидозом.

Во время астматического статуса развиваются обменные нарушения (отмечается так называемый метаболический ацидоз, то есть сдвиг pH жидкостей организма в кислую сторону), которые ухудшают функциональное состояние бронхов и снижают лечебный эффект гормонотерапии, а также способствуют развитию нарушений сердечного ритма. Для коррекции ацидоза внутривенно капельно вводят 200–300 мл 5%-ного раствора гидрокарбоната натрия. При необходимости введение препарата продолжают под контролем лабораторных показателей (кисотно-основного состояния).

IV. Препараты, разжижающие мокроту.

Применение препаратов, разжижающих мокроту, при лечении астматического статуса признается

исходящими специалистами с тем, что их назначение при бронхитах.

В качестве альтернативы лечению перкуссионного массажа (с применением с кислородотерапией кислорода).

V. Сердечные гликозиды.

Применение во время астматического статуса сердечных гликозидов (дигоксина) требует осторожности. Возможно внутривенное введение 0,3 мл 0,05%-ного раствора в сутки по строгим показаниям: тахикардия, легочное сердце.

VI. Диуретическая (мочегонная) терапия.

Применение мочегонных препаратов при астматическом статусе показано. Введение диуретиков (мочегонных) показано в следующих клинических случаях: острой правожелудочковой недостаточности, отеке легких или мозга, задержке мочеотделения (диуреза). Фуросемида (лазикса) в дозе 40–60 мг в сутки.

VII. Ганглиоблокаторы.

При необходимости снижения артериального давления и для улучшения оттока мокроты может использоваться ганглиоблокатор, вводимый внутривенно. Предварительно при

ведущими специалистами нецелесообразным в связи с тем, что их назначение может усиливать спазм бронхов.

В качестве альтернативы рекомендуется проведение перкуссионного (с применением ударных приемов) и вибрационного массажа грудной клетки в сочетании с оксигенотерапией (подачей увлажненного кислорода).

V. Сердечные гликозиды.

Применение во время лечения астматического статуса сердечных гликозидов (строфантина, коргликона) требует осторожности и тщательного обоснования. Возможно внутривенное капельное введение 0,3 мл 0,05%-ного раствора строфантина 1–2 раза в сутки по строгим показаниям (нарушения сердечного ритма, легочное сердце).

VI. Диуретическая (мочегонная) терапия.

Применение мочегонных средств при лечении астматического статуса признано необязательным. Введение диуретиков (мочегонных препаратов) показано в следующих клинических ситуациях: при развитии острой правожелудочковой недостаточности, отеке легких или мозга, выраженном уменьшении мочеотделения (диуреза). Из мочегонных препаратов рекомендуется внутривенное струйное введение фуросемида (лазикса) в дозе 20–40 мг.

VII. Ганглиоблокаторы.

При необходимости снижения высокого артериального давления и для улучшения легочного кровотока может использоваться 5%-ный раствор пентамина, вводимый внутривенно в дозе 0,25 мл. Предварительно препарат разводят в 10 мл изото-

Лечение бронхиальной астмы

нического раствора хлорида натрия, вводят шприцем фракционно, контролируя артериальное давление.

VIII. Антикоагулянты.

Препараты, влияющие на свертываемость крови, показаны при астматическом статусе для профилактики тромбоэмболических осложнений и улучшения свойств крови. Обычно применяют раствор гепарина из расчета 2,5 тыс. ЕД на каждые 0,5 л вводимой внутривенно жидкости.

IX. Нейролептики.

Использование нейролептических средств целесообразно для уменьшения психоэмоционального возбуждения и нейтрализации токсического эффекта симпатомиметиков. При астматическом статусе рекомендуется внутривенное введение 2 мл дроперидола.

X. Антибиотики.

Антибактериальные препараты при лечении астматического статуса, по мнению большинства пульмонологов, следует назначать только при наличии убедительных показаний, прежде всего при бактериальной инфекции. При отсутствии строго обоснованных данных использование антибиотиков противопоказано вследствие высокого риска развития аллергических реакций вплоть до анафилактического шока. При бронхолегочной инфекции рекомендуется применять препараты, обладающие относительно меньшей сенсибилизирующей организм активностью: эритромицин, азитромицин (сумамед) и другие макролидные антибиотики, гентамицин и другие аминогликозиды, тетрациклин.

Лечение
принципы, используемые
первой стадии астматического
стадии остаются неизменными.
стадии сводятся к двум
препаратов — гормонотера
интенсивной. Обычно дозы
увеличивают в 2-3 ра
интервалы между в
первой стадии до 2 ч во
течении патологичес
непрерывное внутривен
гормональных препаратов.
1,5-2 ч эффе
не наблюдается и сохр
легкого, обычно про
пациента переводят
искусственная вентиляция

ЛЕЧЕНИЕ

третья стадия астм
собой коматозное
проведение искусс
интенсивная дыха
второй стадии, при
препаратов могут б
лечения астм
следующим

ЛЕЧЕНИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ВО ВТОРОЙ СТАДИИ

Базовые принципы, используемые для лечения больных в первой стадии астматического статуса, во второй стадии остаются неизменными. Отличия терапии второй стадии сводятся к двум положениям:

I. Увеличиваются дозы вводимых глюкокортикоидных препаратов — гормонотерапия становится более интенсивной. Обычно дозы преднизолона (дексаметазона) увеличивают в 2–3 раза и одновременно сокращают интервалы между введением препарата (с 3 ч в первой стадии до 2 ч во второй). При особо тяжелом течении патологического процесса переходят на непрерывное внутривенное капельное введение гормональных препаратов.

II. Если в течение 1,5–2 ч эффект от проводимого лечения не наблюдается и сохраняется картина «немого» легкого, обычно проводят лечебную бронхоскопию, а пациента переводят на аппаратное дыхание (искусственная вентиляция легких).

ЛЕЧЕНИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА В ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ

Поскольку третья стадия астматического статуса представляет собой коматозное состояние, больному требуется проведение искусственной вентиляции легких (аппаратное дыхание). Одновременно продолжается интенсивная медикаментозная терапия, как и во второй стадии, при этом дозы гормональных препаратов могут быть еще увеличены.

При лечении астматического статуса противопоказаны следующие медикаментозные средства:

I. Наркотические анальгетики (морфин и другие наркотики). Угнетая некоторые функции организма, они маскируют тяжесть бронхиальной обструкции.

II. Камфара, кордиамин, лобелин, цититон и другие дыхательные analeптики. Стимулируя дыхательный центр, при астматическом статусе они приводят к его истощению, а также учащают число сердечных сокращений.

III. Атропин и атропиноподобные препараты. Они ухудшают отделение мокроты.

IV. Антигистаминные препараты. Они ухудшают отделение мокроты.

не
леч

При л
является с
чения. Ус
ющими бр
чаще всег
щие в орг
щевое про
цион бол
содержат
явлениях
там раст
ограниче
ных и р
тых пур
астмы, в
перенос
является
ной дие
ключени
ностью
и прод
разжиг
рые и с
вве

Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

При любой форме бронхиальной астмы диета является одним из основных методов базисного лечения. Установлено, что раздражителями, вызывающими бронхально-астматический приступ, служат чаще всего чужеродные белки, повторно попадающие в организм. Следовательно, они могут иметь пищевое происхождение. Именно поэтому пищевой рацион больного бронхиальной астмой не должен содержать избыточного количества белков даже при явлениях повышенной чувствительности к продуктам растительного происхождения. Рекомендуется ограничение экстрактивных веществ — крепких мясных и рыбных бульонов, а также продуктов, богатых пуринами. При любых формах бронхиальной астмы, в том числе при отсутствии указаний на непереносимость пищевых продуктов, обязательным является назначение так называемой гипоаллергенной диеты. К основным ее принципам относятся: исключение продуктов с высокой антигенной активностью (яйца, цитрусовые, рыба, крабы, раки, орехи) и продуктов со свойствами неспецифических раздражителей (перец, горчица и другие пряности, острые и соленые продукты). Также следует ограничить введение в рацион продуктов, содержащих гистамин (вино, консервы, копчености, шпинат, помидоры, кислая капуста) или способствующих высвобождению гистамина (ракообразные, клубника, помидоры, шоколад, бананы, орехи, арахис, алкоголь, крепкие мясные и рыбные бульоны, готовые приправы, ко-

фе, крепкий чай); кроме того, рекомендуется уменьшить потребление сыров, икры, салами, маринованной сельди.

При непереносимости ацетилсалициловой кислоты (аспирина) необходимо исключить из рациона продукты, содержащие салицилаты (малина, абрикосы, крыжовник, яблоки).

Алкогольные напитки повышают проницаемость кишечного барьера для пищевых аллергенов, поэтому больным астмой категорически запрещается употреблять алкоголь.

Всем пациентам показано ограничение поваренной соли (при выраженном обострении — до 4–5 г в сутки). Кроме того, больным астмой следует уменьшить употребление сахара и жидкости.

Вне периода обострения заболевания питание пациентов должно быть полноценным, но не избыточным.

В целом при бронхиальной астме рекомендуется относительно низкий по калоражу рацион; при этом необходимо включать в меню значительное количество продуктов, обладающих энтеросорбционным действием, то есть богатых пищевыми волокнами и пектином. С учетом индивидуальной переносимости в пищевой рацион включаются следующие содержащие пищевые волокна и пектины продукты: цельные злаки и крупы из них (гречневая, овсяная, перловая, ячневая, полтавская крупы, пшено, рис); овощи (морковь, свекла, тыква, лук, чеснок, черемша, петрушка, укроп, кинза, огуречная трава, сельдерей, пастернак, капуста цветная и белокочанная, кабачки, патиссоны, бобовые и др.); ягоды и фрукты по сезону, сухофрукты; дикорастущие съедобные травы (крапива, щавель, цикорий, кипрей, первоцвет, подорожник, заячья капуста, морская ка-

пуста и др.). Больным
ребление в достаточном
д. группы В, солей ка
Наибольшее знач
обретает при бронхи
когда пищевая аллер
тусковым механизмом
няется в процессе бо
режимы рекомендует
с учетом мельчайших
ежных диет пациент
ные указания относ
продукты и готовые п
чить из питания. Не
то некоторые ингал
зы имеют общие ант
хи пищевыми веществ
имеют пыльца злако
ца орешника и орех
ника и т. д. В этой с
дами аллергии, ос
заболевания, соотв
на должны исключ
При бронхиал
дробное питание (с
должны быть небс
рекомендуется не
нем дневной раци
мой должен содер
300 г углеводов, и
800–1000 мл своб
точного рациона
Его энергетичес
ставлять 22
шу 06

пуста и др.). Больным астмой также показано употребление в достаточном количестве витаминов С, Р, А, группы В, солей кальция и фосфора.

Наибольшее значение лечебное питание приобретает при бронхиальной астме в тех случаях, когда пищевая аллергия является либо первичным пусковым механизмом заболевания, либо присоединяется в процессе болезни. При этом диетические режимы рекомендуется отрабатывать скрупулезно, с учетом мельчайших деталей. При составлении лечебных диет пациент должен получить ясные и четкие указания относительно того, какие вещества, продукты и готовые пищевые изделия следует исключить из питания. Необходимо также твердо знать, что некоторые ингаляционные (воздушные) аллергены имеют общие антигенные свойства с конкретными пищевыми веществами. Например, такие свойства имеют пыльца злаковых трав и пищевые злаки; пыльца орешника и ореха; пыльца полыни и подсолнечника и т. д. В этой связи пациенты с указанными видами аллергии, особенно в период обострения заболевания, соответствующие продукты из рациона должны исключить.

При бронхиальной астме предусматривается дробное питание (не менее 5 раз в сутки); порции должны быть небольшими; последний прием пищи рекомендуется не менее чем за 2 ч до сна. В среднем дневной рацион больного бронхиальной астмой должен содержать 100 г белков, 70 г жиров, 300 г углеводов, не более 7–8 г поваренной соли, 800–1000 мл свободной жидкости. Общая масса суточного рациона должна составлять в среднем 3 кг. Его энергетическая ценность в среднем должна составлять 2230 ккал. Рекомендуется употреблять пищу обычной температуры.

Примерное суточное меню больного бронхиальной астмой

Первый завтрак: мясной паштет (выход — 50 г); гречневая каша — 90 г; чай — 200 мл. Второй завтрак: свежие яблоки — 100 г. Обед: суп овощной — 500 г; отварное мясо с картофелем (отварной или пюре) — 75/100 г; компот из сухофруктов — 180 мл. Полдник: отвар шиповника — 200 мл. Ужин: зразы из моркови с творогом — 220 г; рыба отварная с картофельным пюре — 85/200 г; кефир — 180 г. На весь день: хлеб белый — 300 г.

Один из способов лечения больных бронхиальной астмой заключается в последовательной смене трех этапов диетического курса:

1. Подготовительный этап характеризуется плавным изменением привычного стиля питания пациента перед основным этапом. Его целью является постепенный отход больного от нерационального питания к рациональному. Во время него рекомендуется проведение 1—3-дневных злаково-овощных разгрузочных дней.

II. Основной этап предусматривает значительную степень строгости режима питания больного. На достаточно длительный срок исключаются из рациона молоко и молочные продукты, рафинированные углеводы (сахар, крахмал, изделия из белой муки), все рафинированные и денатурированные продукты. Основной этап диетического курса предусматривает следующие последовательные режимы питания: злаковый, злаково-овощной и злаково-овощной с добавлением определенного процента животного белка. Продолжительность второго этапа определяется сугубо индивидуально и зависит от степени его строгости: чем строже режим, тем короче этап.

III. Заключительный этап предусматривает повышение уровня рационального использования.

Перед началом деятельности проводится оценка проводимых мероприятий на протяжении 5-10 дней.

Перед началом диетического лечения пациента проводится обследование в течение 7-10 дней, в течение которого устанавливается ритм питания и время приема пищи, количество пищи, количество углеводов, пектина, клетчатки, соотношение белков, жиров и углеводов, количество витаминов, минеральных веществ, количество воды, количество алкоголя, количество кофеина, количество никотина, количество лекарственных препаратов, количество физических нагрузок, количество стрессов, количество сна, количество бодрствования, количество эмоционального напряжения, количество интеллектуальной нагрузки, количество физической нагрузки, количество сексуальной активности, количество социальных контактов, количество профессиональной деятельности, количество хобби, количество отдыха, количество путешествий, количество визитов к врачу, количество консультаций, количество анализов, количество обследований, количество операций, количество госпитализаций, количество осложнений, количество рецидивов, количество обострений, количество ремиссий, количество выздоровлений, количество смертей.

Данная методика
перехода к базису
рая рекомендует
ного или несколь
сов лечебного п
между курсами.
В.

В диетическом рационе широко используются, причем многие из них — бобовыми, и лечебными, одуванчик, рышник, одуванчик, родственный и клевер луговой, клевер луговой, калина, земляника, родина, клевер, поб...

III. Заключительный (восстановительный) этап предусматривает постепенное расширение рациона до уровня рационального питания для данного больного.

Перед началом диетического лечения конкретного пациента проводится анализ его пищевого дневника: в течение 7–10 дней больной фиксирует на бумаге все, что он съел за день. Затем врач анализирует эту информацию, выделяя следующие показатели: ритм питания и время приема пищи; общий калораж; соотношение белков, жиров и углеводов; соотношение рафинированных продуктов и продуктов, богатых биологически активными веществами, пищевыми волокнами, пектинами; время первого и последнего приема пищи, количество выпиваемой за сутки жидкости; двигательная активность больного и т. д. Курс диетической лечебной терапии назначается после изучения пищевого дневника пациента с учетом индивидуальных особенностей.

Данная методика является хорошим средством перехода к базисной гипоаллергенной диете, которая рекомендуется больному после проведения одного или нескольких фракционных диетических курсов лечебного питания, а также в промежутках между курсами.

В диетическом лечении бронхиальной астмы широко используются дикорастущие пищевые растения, причем многие из них являются одновременно и пищевыми, и лечебными. К ним относятся аир, боярышник, одуванчик лекарственный, первоцвет лекарственный и весенний, подорожник, лопух большой, клевер луговой, пижма, фенхель, брусника, душица, калина, земляника лесная, облепиха, красная смородина, кизил, клюква, крапива двудомная, молодые побеги папоротника (стрелки), тмин обыкновенный,

чернобыльник, черника, лебеда, хвощ полевой и некоторые другие. Вместе с тем всегда следует помнить, что при бронхиальной астме роль аллергии чрезвычайно высока, в связи с чем необходима осторожность при использовании растений. Их можно применять только до цветения, когда их биологическая активность минимальна.

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Для терапии бронхиальной астмы применяются многие лекарственные растения. Ниже приводится краткая характеристика некоторых из них.

Корень фиалки трехцветной обладает многосторонним действием, в том числе отхаркивающим и смягчающим кашель. Алтей лекарственный применяют при бронхиальной астме как противовоспалительное и отхаркивающее средство. Мать-и-мачеха разжижает мокроту, обладает отхаркивающим действием. Сосна обыкновенная применяется в виде отвара как антисептическое, противовоспалительное, разжижающее мокроту средство. Сосновые почки обычно включают в состав грудных сборов. Термопсис ланцетовидный назначают при бронхолегочных заболеваниях в связи с тем, что он обладает выраженным отхаркивающим действием, особенно при повышении секреции бронхиальных желез, а также усиливает функцию надпочечников. Тимьян обыкновенный (ползучий), благодаря содержанию тимола, оказывает бактерицидное действие на кокковую патогенную флору, обладает выраженным отхаркивающим и противовоспалительным действием. Фенхель обыкновенный в комбинации с другими лекарственными растениями применяется для разжижения мокроты

Немецкая
...лучения ее отхождения
...противовоспалитель
...считается, что
...наиболее эффектив
...дыхания. Багульник
...составе комплексных
...при заболев
...Препараты дяги
...как противовос
...средство. Также
...используют
...Первоцвет
...Потогонным, м
...Девясил в
...бактерицидного,
...мочегонного средс
...лечебных сб
...Обнаруженные
...к некоторым го
...выражено отхарки
...а также проти
...Кроме того,
...девясил шир
...робой продыряв
...тостотел больш
...шиповник корич
...Необходим
...параты при бро
...водимых фарма
...ственных сред
...с целью подде
...приступов.
...Рекомен
...I. Со
...622

и улучшения ее отхождения. Анис обыкновенный обладает противовоспалительным и отхаркивающим свойствами; считается, что препараты из этого растения наиболее эффективны при заболеваниях органов дыхания. Багульник болотный в виде настоев и в составе комплексных сборов также используют в основном при заболеваниях бронхолегочной системы. Препараты дягиля лекарственного часто применяют как противовоспалительное и отхаркивающее средство. Также в качестве отхаркивающего средства используют при бронхиальной астме истод сибирский. Первоцвет весенний обладает отхаркивающим, потогонным, мочегонным и противокашлевым действием. Девясил высокий используется в качестве бактерицидного, отхаркивающего, желчегонного и мочегонного средства. Широко применяется в различных лечебных сборах корень и корневище солодки. Обнаруженные в них соединения близки по строению к некоторым гормональным веществам. У солодки выражено отхаркивающее и разжижающее мокроту, а также противовоспалительное действие.

Кроме того, рекомендуются алтей лекарственный, девясил широкий, душица обыкновенная, зверобой продырявленный, календула лекарственная, чистотел большой, тысячелистник обыкновенный, шиповник коричный.

Необходимо особо подчеркнуть, что фитопрепараты при бронхиальной астме не заменяют производимых фармакологическими предприятиями лекарственных средств и назначаются преимущественно с целью поддерживающей терапии и профилактики приступов.

Рекомендуются следующие фитосборы:

I. Солодка голая (корни) — 15 г, синюха голубая (корни) — 15 г, ромашка аптечная (цветки) —

20 г, валериана лекарственная (корни) — 10 г, пустырник пятилопастный (трава) — 10 г, мята перечная (трава) — 20 г, зверобой продырявленный (трава) — 10 г. Принимать в виде настоя по $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{3}$ стакана 3–5 раз в день после еды при бронхоспазме.

II. Солодка голая (корни) — 10 г, череда трехраздельная (трава) — 10 г, аралия маньчжурская (корни) — 10 г, хвощ полевой (трава) — 10 г, шиповник коричный (плоды) — 10 г, бессмертник песчаный (цветки) — 10 г, девясил высокий (корни) — 10 г, ольха серая (соплодия) — 10 г, одуванчик лекарственный (корни) — 10 г, лопух большой (корни) — 10 г. Принимать в виде настоя по $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день после еды в качестве десенсибилизирующего средства.

III. Тимьян обыкновенный (трава) — 20 г, мать-и-мачеха обыкновенная (трава) — 20 г, фиалка трехцветная (трава) — 20 г, девясил высокий (корень) — 20 г, анис обыкновенный (плоды) — 20 г. Принимать в виде теплого настоя по $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день в качестве противовоспалительного средства.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Применение физиотерапевтических методов лечения у больных бронхиальной астмой (как и использование медикаментов) зависит от фазы заболевания.

В период приступов широкое применение находят различные аэрозоли. Современные технологии позволяют проводить терапию аэрозолями с помощью ультразвука, что оказывает выраженный лечебный эффект. Значительная эффективность терапии достигается также с помощью электроаэрозольтерапии.

ды аэрозольных ин-
ств следующие ле-
тельные средства: э-
эрин, гидрокорти-
зона, глицерин и др.

В дальнейшем
проявлений присту-
пающего удаления
изда больному на-
для выполнения
обходимо 100 м
натрия и хлорида
ли кальция и не-
лационно ввод
противовоспал
ческим действи
ют багульник,
где лекарстве
трофики (пита
путей приме
(облепихово
а также мас.

Для вос-
сти (дренаж
рофорез бр
точную обл
(или фоно
ночного с
реберий.
летовое с
сопротив
сенсibil

В пе-
быть на-
хи

Для аэрозольных ингаляций, как правило, применяются следующие лекарственные препараты и растительные средства: эуфиллин, эфедрин, атропин, гепарин, гидрокортизон, прополис, сок чеснока, каланхоэ и др.

В дальнейшем, по мере купирования острейших проявлений приступа, с целью максимально эффективного удаления из бронхов слизи и продуктов распада больному назначают тепловлажные ингаляции. Для выполнения одной лекарственной ингаляции необходимо 100 мл смеси растворов гидрокарбоната натрия и хлорида натрия, к которым добавляют соли кальция и новокаин. Кроме медикаментов, ингаляционно вводят также настои трав, обладающих противовоспалительным, отхаркивающим и трофическим действием. Для ингаляций широко используют багульник, шалфей, термонис и некоторые другие лекарственные растения. С целью улучшения трофики (питания) слизистой оболочки дыхательных путей применяют аэрозоли ароматических масел (облепихового, эвкалиптового, персикового и др.), а также масляные растворы витаминов А, Е и В.

Для восстановления бронхиальной проходимости (дренажной функции бронхов) назначают электрофорез бронхорасширяющих средств на межлопаточную область. Этому же способствует ультразвук (или фонофорез) паравертебрально (вдоль позвоночного столба) и по ходу пятого-седьмого межреберий. Общее и местное (по полям) ультрафиолетовое облучение проводят с целью повышения сопротивляемости организма (неспецифическая десенсибилизация).

В период между приступами лечение должно быть направлено на профилактику обострений бронхиальной астмы и терапию хронического бронхита.

В межприступный период заболевания показано применение электрофореза ионов кальция, эндоназального электрофореза, фонофореза гидрокортизона на сегментарные зоны грудной клетки. Положительный эффект на течение заболевания оказывает применение электросна или электроанальгезии, также показано водолечение.

Среди методов физиотерапии, внедренных в практику лечения бронхиальной астмы в последние годы, следует отметить магнитотерапию и низкочастотный ультразвук. Использование магнитотерапии приводит к улучшению функции внешнего дыхания и бронхиальной проходимости, а также повышает иммунобиологическую реактивность организма. Современным методом устранения бронхиальной обструкции является применение низкочастотного ультразвука. К наиболее современным физиотерапевтическим методикам лечения бронхиальной астмы относится также спелеотерапия — лечение микроклиматом соляных шахт.

Высокоэффективным и надежным методом остается массаж (классический и сегментарный). В комплексном лечении бронхиальной астмы с хорошим эффектом используют рефлексотерапию (в том числе иглоукалывание) и лечебную физкультуру, которая проводится по специально разработанной методике, включающей дыхательные упражнения с дозированной задержкой дыхания. Целью специальной системы упражнений по задержке дыхания является купирование или предупреждение приступа бронхиальной астмы.

Несколько особняком среди физических методов лечения стоит климатическая терапия. Во многом этот вид лечения является самостоятельным разделом, который имеет как ярых сторонников, так и

сkeptиков. Среди
Нильсена, Кислов
его популярны сред
были пациенты нап
только в фазе стой
обследования и от
сезонно-курорт
одним фактором о
от поездки на Кав
зультаты проведен
ней убедительно с
тельность лечения
местных курорта
стояного места
этом необходим
циентов к контр
Вызываемая необ
ции перестройка
жает терапевтич
ного в Крыму и
обострения забо
Среди нем
бронхиальной а
лучены также с
разгрузочно-ди
дания), баротер

противников. Санатории южного берега Крыма, Нальчика, Кисловодска, Горного Алтая традиционно популярны среди больных бронхиальной астмой. В них пациенты направляются с целью реабилитации только в фазе стойкой ремиссии после тщательного обследования и отбора. Обоснованность отбора на санаторно-курортное лечение является определяющим фактором ожидаемого позитивного эффекта от поездки на Кавказ или в Крым. В то же время результаты проведенных в последние годы исследований убедительно свидетельствуют о том, что эффективность лечения больных бронхиальной астмой на местных курортах выше, чем на удаленных от постоянного места жительства. Объясняется этот феномен необходимостью адаптации и реадaptации пациентов к контрастным климатическим условиям. Вызываемая необходимостью адаптации и реадaptации перестройка организма в итоге не только снижает терапевтический эффект от пребывания больного в Крыму или на Кавказе, но и повышает риск обострения заболевания.

Среди немедикаментозных средств лечения бронхиальной астмы положительные результаты получены также от применения лечебной гимнастики, разгрузочно-диетической терапии (лечебного голодания), баротерапии.

Особенности лечения астмы у детей

Несмотря на многообразие лечебных и профилактических методов борьбы с бронхиальной астмой у детей, всегда следует придерживаться трех общих терапевтических принципов:

- устранение аллергена, то есть его разобщение с организмом;
- выведение больного ребенка из острого состояния путем медикаментозной терапии аллергических проявлений;
- проведение мероприятий по изменению (оптимизации) реактивности организма больного ребенка и предупреждению возникновения повторных обострений; проведение, если это необходимо, специфической гипосенсибилизации пациента.

Третий этап лечения проводится только в период ремиссии.

Устранение аллергена достигается созданием гипоаллергенных бытовых условий и назначением гипоаллергенной диеты. В какой-то мере эти лечебные мероприятия являются и профилактическими, направленными на предупреждение обострений болезни.

К сожалению, не всегда возможно прекращение действия вызывающего заболевание аллергена. Но в тех случаях, когда этого удастся достичь, терапевтический эффект не заставляет себя долго ждать. Конечно, замечательно, если причинно-значимый аллерген известен. Тогда необходимо приложить все усилия, чтобы устранить его. Если проявление астмы — результат приема какого-либо лекарства, то необходимо немедленно прекратить его прием, а так-

Осуществление все
вызывающих пер
на средства буд
Бытовые алле
ком различными
должны быть на
и удаление. Это
ся предметом
излучения ры
ывается как реа
ещ, помет и пе
из домашнюю
заствах пылево
ложняется. Но
мальные услови
устранить алле
Так, если
альной астмы
из комнаты вс
водить влажн
таться замени
Матрац долж
ле. Если чехо
чтобы в нем
быть из поро
ных материа
кается. При
нять, матрац
и покрывала
кой мебели
необходимо
Вся одежда
шкафах. В
пылью
ка

же применение всех фармакологических препаратов, вызывающих перекрестные реакции. В дальнейшем эти средства будут противопоказаны.

Бытовые аллергены разобщают с больным ребенком различными путями. При этом мероприятия должны быть направлены на максимально возможное их удаление. Это легко сделать, если аллерген является предметом бытовой химии, кормом животных и аквариумных рыб или если бронхиальная астма развивается как реакция на эпидермис и шерсть животных, помет и перья птиц. Если же имеется аллергия на домашнюю пыль, содержащую в огромных количествах пылевого клеща, то ситуация значительно усложняется. Но все-таки необходимо изменить жилищные условия больного ребенка и постараться устранить аллергены.

Так, если причина развития приступов бронхиальной астмы в домашней пыли, то следует удалить из комнаты все ковры и драпировку, ежедневно проводить влажную уборку помещения. Можно попытаться заменить шерстяные ковры синтетическими. Матрац должен быть в воздухонепроницаемом чехле. Если чехол пластиковый, то необходимо следить, чтобы в нем не было отверстий. Подушки должны быть из поролона, синтепона или других искусственных материалов. Применение пуха и пера не допускается. При этом подушки необходимо ежегодно менять, матрацы — еженедельно пылесосить, а одеяла и покрывала ежемесячно стирать. Присутствие мягкой мебели нежелательно. После влажной уборки необходимо тщательное проветривание помещения. Вся одежда должна храниться только в закрытых шкафах. В целях ограничения контакта с домашней пылью не рекомендуются игрушки из меха, равно как и меховые домашние тапочки. Перчатки и шап-

ки из натурального меха тоже нежелательны, хотя обработанный мех менее аллергенен.

Нельзя содержать в квартире не только собак и кошек, но и хомячков, морских свинок, черепах и любых других животных. Необходимо помнить, что если выявлена повышенная чувствительность к шерсти какого-либо одного вида животных (кошки или собаки), то значительно возрастает риск появления астматического приступа к шерсти и эпидермису других видов животных, к перьям и помету птиц и т. д.

Если ребенок сенсibilизирован к грибам, то причиной астматического приступа могут быть опавшие листья, мусорные ямы, сено и сеновалы. В домашних условиях такими источниками являются резиновые и ватные матрацы, плесень на стенах ванных и душевых комнат, под обоями или в углах жилых помещений. В такой ситуации стены необходимо обрабатывать антисептическими растворами и противогрибковыми средствами. Источниками сенсibilизации могут быть и домашние насекомые: тараканы, муравьи, древесные жучки, клопы и др. В случае их присутствия в квартире необходимо принять решительные меры по их уничтожению. При этом надо учитывать, что средства химической борьбы с насекомыми сами могут быть источником аллергической реакции, поэтому применять их надо обязательно в отсутствие склонного к приступам члена семьи.

Необходимо с осторожностью относиться к комнатному цветоводству, так как на растениях может образовываться плесень. В периоды цветения предпочтение следует отдавать городскому ландшафту, нежели загородному, потому что в черте города содержание пыльцы в воздухе всегда ниже. Не надо высаживать рядом с домом клен, вяз, березу, тополь, ясень, дуб, орех, платан, кипарис, так как их пыль-

Особое
... является сильн
... аллергенов выступа
... обходимо избегат
... вокруг них часто
... годимо держатьс
... заливных лугов.

Квартиру сле
... нная роса (все
... появляться на за
... холодной водой,
... плесневого гриба
... быть занавеску
... Не стоит долго д
... ле стирки. Глад
... в жилых помеще
... уровне не выше

Если бронх
... ия, то нужна с
... нием антибиоти
... нация острых
... (кариозные зуб
... Санацию инфе
... всем страдающ
... от ее происхо
... ской целью по
... рапевта должн
... сколько любая
... изменению ре

Необходи
... во факторов
... которые спос
... расположени
... ный дым (па
... запах по
... фак

да является сильным аллергеном. Если же в роли аллергенов выступают споры плесневых грибов, то необходимо избегать комнатных фиалок и герани, ведь вокруг них часто живут эти микроорганизмы. Необходимо держаться подальше от гнилых деревьев и заливных лугов.

Квартиру следует регулярно проветривать. Мучнистая роса (все тот же плесневый грибок) не будет появляться на занавесках в душе, если их смочить холодной водой, прежде чем повесить. Если споры плесневого грибка все-таки проросли, надо ополоснуть занавеску раствором соды и насухо вытереть. Не стоит долго держать в корзине влажное белье после стирки. Гладить его необходимо сразу, а влажность в жилых помещениях рекомендуется поддерживать на уровне не выше 35%.

Если бронхиальная астма инфекционно-зависима, то нужна соответствующая терапия с применением антибиотиков и сульфаниламидов, а также санация острых и хронических очагов и инфекции (кариозные зубы, гнойные синуситы, отиты и т. д.). Санацию инфекционных очагов лучше проводить всем страдающим бронхиальной астмой независимо от ее происхождения. Более того, с профилактической целью посещать стоматолога, лор-врача и терапевта должны и практически здоровые люди, поскольку любая хроническая инфекция способствует изменению реактивности организма.

Необходимо помнить, что существует множество факторов — от сигаретного дыма до стрессов, которые способствуют проявлению удушья у предрасположенных к астме детей. К ним относят табачный дым (пассивное курение), дым костра и даже запах подгоревшей на плите пищи. Провоцирующим фактором является воздух, загрязненный выхлопны-

ми газами и отходами промышленного производства, а также просто холодный воздух. Под воздействием всех этих факторов нарушается нормальная работа слизеобразующих и других клеток слизистой оболочки носа, изменяется тонус ее кровеносных сосудов, и нос уже не может выполнять свои защитные функции.

Эмоциональные стрессы расшатывают нейроэндокринную систему организма. Необходимо всегда помнить, что душевное спокойствие, гармония, адекватная реакция на различные события — это ключ к здоровой жизни.

Если ребенок испытывает дискомфорт при воздействии разнообразных факторов внешней среды, отмечает повышенную к ним чувствительность (например, ухудшение самочувствия в комнате, где много курят, или на загазованной улице большого города), не следует расценивать это как плод его воображения. Необходимо полностью исключить их влияние на ребенка. Как это сделать? Советы очень просты: не следует употреблять пищу с добавками — красителями и ароматизаторами; лучше пить родниковую воду, а не воду из-под крана; необходимо избегать контакта с такими летучими веществами, как аммиак, пестициды, дым, парфюмерия, синтетические моющие средства, автомобильные выхлопы и т. д. Желательно установить воздушные фильтры в вашей квартире. Продукты, употребляемые в пищу, должны быть экологически чистыми, не содержать пестицидов и синтетических добавок.

В настоящее время не существует универсальных фармакопрепаратов для лечения бронхиальной астмы, так как проявления заболевания неоднозначны по своей природе. Хотя все они проходят в своем развитии три стадии, но механизмы развития каж-

Ос
дой из ни
рапия стр
го, в боль
дается по
учитывать
препарато
карственн
мер, в пр
спреи (н
мощью ко
да, где о
действие
ном уров
парата пр
удобно, п
терапии о
ные проти
ном их пр
альной ас

дой из них различны, а потому медикаментозная терапия строится с учетом этих факторов. Кроме того, в большинстве случаев склонность к астме передается по наследству. Этот факт также необходимо учитывать при разработке противоастматических препаратов. Современная противоастматическая лекарственная индустрия бурно развивается. Например, в продаже появились стероидные назальные спреи (носовые ингаляторы-распылители), с помощью которых гормональное средство вводится туда, где оно необходимо (например, в нос). Такое действие проявляется почти исключительно на местном уровне, а системное воздействие подобного препарата практически сведено к нулю. Это чрезвычайно удобно, поскольку побочные эффекты при подобной терапии отсутствуют. Таким образом, все современные противоастматические препараты при правильном их применении помогают страдающим бронхиальной астмой детям жить полноценно.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (МКБ-10)	5
ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	7
ВИДЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	15
Аспириновая астма	18
Ночная астма	19
Вирусиндуцированная бронхиальная астма	20
Профессиональная бронхиальная астма (ПБА)	21
ПОЭТАПНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	23
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	28
Ступенчатый подход к длительному лечению астмы	36
Ступень IV. Тяжелая степень заболевания	36
Ступень III. Средняя степень заболевания	37
Ступень II. Легкая персистирующая астма	37
Ступень I. Легкая интермиттирующая астма	38
Принципы лечения астматического статуса в первой стадии	38
Лечение астматического статуса во второй стадии	43
Лечение астматического статуса в третьей стадии	43
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	45

Лечеб
Пр
аст
Фито
Физи
ОСОБ

Лечебное питание	45
Примерное суточное меню больного бронхиальной астмой	48
Фитотерапия при бронхиальной астме	50
Физиотерапия при бронхиальной астме	52
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	56

*Практическое издание
Здоровый образ жизни и долголетие*

Гитун Татьяна Васильевна

Лечение бронхиальной астмы Новейшие медицинские методики

Генеральный директор издательства
С. М. Макаренков

Редактор *Е. Н. Биркина*
Выпускающий редактор *Е. А. Крылова*
Художественное оформление: *Е. Л. Амитон*
Компьютерная верстка: *Н. А. Кочетова*
Корректор *О. Н. Трюхан*

Подписано в печать 24.06.2008 г.
Формат 84×108/32. Гарнитура «Мysl». Печ. л. 2,0.
Тираж 10 000 экз.

*Издание подготовлено при участии
ООО «Абсолют-Юни»*

Адрес электронной почты: info@ripol.ru
Сайт в Интернете: www.ripol.ru

ООО Группа Компаний «РИПОЛ классик»
109147, г. Москва, ул. Большая Андроньевская, д. 23

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии ООО «КубаньПечать».
350059, г. Краснодар, ул. Уральская, 98/2, заказ № 3257 от 01.07.2008 г.
Качество печати соответствует качеству предоставленных диапозитивов.

Первая и единственная

Советы | Заговоры | Обереги

Магия Жизнь

Для здоровья, любви и согласия

«МАГИЯ и ЖИЗНЬ» – первая и единственная

общенациональная иллюстрированная газета-календарь,
основанная на переписке потомственной сибирской целительницы
Натали Степановой с читателями.



Я постараюсь, чтобы
мои дорогие читатели
с удовольствием читали
«МАГИЮ и ЖИЗНЬ»,
эту замечательную и очень
красивую газету.

В ней вы найдете бесценные
советы знахарей моего рода.
Я расскажу, как читать по звездам
судьбу, видеть прошедшее и
будущее. Я знаю, вы полюбите
нашу газету.

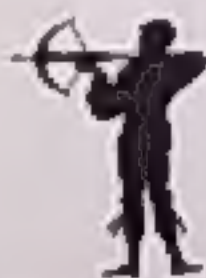
Ваша Наталья Ивановна

Во всех регионах России на газету
«МАГИЯ и ЖИЗНЬ» можно
подписаться с любого месяца и на
любой срок по Объединенному
каталогу «Пресса России» (зеленый,
с. 148). Индекс – 18920. В республиках
Украина, Белоруссия, Молдова,
Грузия, Армения, Азербайджан,
Казахстан, Киргизия, Узбекистан, а
также в Приднестровье газету
«МАГИЯ и ЖИЗНЬ» можно получать
по подписке, оформив ее по
каталогам организаций,
распространяющих периодические
издания.

ISBN 978-5-386-00308-1



9 785386 003081 >



РИПОД
КЛАСИК

Подробнее – www.stepanova-XXI.ru